

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

467

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet, à 1 heure

PAR

ARTHUR GAMBLIN

Né à Guarbecques (Pas-de-Calais), le 9 décembre 1872.

DU TRAITEMENT IODURÉ

DANS LES

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Président : M. STRAUS, Professeur.

*Juges : MM. { CH. RICHET, Professeur.
WIDAL, Agrégé.
CHASSEVANT, Agrégé.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, RUE DES BOULANGERS, 29

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet, à 1 heure

PAR

ARTHUR GAMBLIN

Né à Guarbecques (Pas-de-Calais), le 9 décembre 1872.

DU TRAITEMENT IODURÉ

DANS LES

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Président : M. STRAUS, Professeur.

*Juges : MM. { CH. RICHET, Professeur.
WIDAL, Agrégé.
CHASSEVANT, Agrégé.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, RUE DES BOULANGERS, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N... , PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ANDRÉ.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RÉMY.	WURTZ.
DELBERT.	MARFAN.	RICARD.	
		ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A M. L'ABBÉ MATON

CURÉ DE SAINT-GÉRY (ARRAS)

Témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

MÉDECIN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Ce n'est pas sans raison que Fonssagrives classait l'iodure de potassium parmi « ces agents dominateurs, sans lesquels la médecine serait impossible ».

Il a été employé, en effet, dans une foule de maladies, et les résultats obtenus, inégaux ou même nuls, suivant les cas, n'en sont pas moins très souvent incontestables. Si l'on n'en retire pas toujours le maximum d'effet utile possible, c'est souvent faute de l'administrer à doses suffisantes, ou d'une façon suffisamment prolongée.

Dans le cours de nos études, nous avons vu très souvent donner, et presque toujours avec de bons résultats, par notre maître, M. le professeur Desplats, l'iodure de potassium, à des malades atteints d'asthme, de bronchite chronique, d'emphysème, etc.

Profitant de ce que nous avons appris dans la pratique de l'hôpital, il nous est arrivé de conseiller l'usage de ce remède pour certaines de ces affections chroniques restées rebelles à toute autre médication, et, plusieurs fois, le succès ne s'est pas fait attendre.

Nous l'avons également employé dans la clientèle des confrères qu'il nous arrivait de remplacer, et nous avons pu recueillir quelques observations intéressantes que nous publions à la fin de ce travail.

Deux de nos amis ont pu, de même, par l'usage de l'iodure de potassium, rendre à des personnes de leur famille atteintes d'asthme et d'emphysème consécutif, et très éprouvées depuis plusieurs années, une santé sinon parfaite, du moins très satisfaisante. Nous les remercions d'avoir bien voulu nous communiquer leurs observations, d'autant plus précieuses qu'elles sont prises plus fidèlement et pendant un plus long espace de temps.

Sans que les résultats thérapeutiques soient aussi apparents, aussi nets, aussi faciles à constater que ceux que nous donne l'iodure dans d'autres cas, comme la syphilis tertiaire par exemple, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont quelquefois merveilleux.

Une étude d'ensemble de l'action des iodures

dans le traitement des maladies des voies respiratoires n'ayant jamais été faite, nous avons cru utile de combler cette lacune.

Nous disons des iodures. En effet, si, jusqu'en ces derniers temps, l'iodure de potassium avait été presque seul employé, depuis quelques années on essaie concurremment, et avec des succès divers, les autres iodures.

A ce sujet, notre ami, le docteur Briquet, d'Armentières, lauréat de l'Académie de médecine (1), a expérimenté un grand nombre de fois les iodures autres que celui de potassium, et, en particulier, ceux de sodium et d'ammonium; a bien voulu nous communiquer les résultats qu'il avait obtenus par leur administration, dans tous les cas qui touchaient à notre sujet. Nous le remercions de tout cœur. Son travail renferme nombre de documents originaux qu'il sera intéressant de citer.

Voici comment nous diviserons notre sujet : Dans le premier chapitre, nous parlerons de l'action physiologique des iodures sur l'appareil de la respiration, action envisagée au double point de vue normal et pathologique.

Le second chapitre sera consacré à l'emploi thérapeutique des mêmes agents dans les di-

(1) Prix Louis, 1895. *Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

verses maladies des voies respiratoires. Nous ajouterons à la fin quelques mots sur le mode d'administration et les doses.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous relate-
rons nos observations personnelles, et d'autres inédites qu'on a bien voulu nous communi-
quer pour ce sujet.

En terminant nos études médicales, nous nous faisons un plaisir et un devoir d'adresser nos plus sincères remerciements à tous nos maîtres de la Faculté libre de Lille, pour l'intérêt qu'ils nous ont porté et l'instruction qu'ils nous ont fait acquérir.

Nous remercions M. le professeur Straus d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'ac-
cepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Nous n'entendons pas faire ici une étude absolument complète de l'action des iodures sur l'appareil respiratoire, mais simplement passer en revue rapidement les divers faits qui présentent un intérêt spécial, et permettent d'expliquer les effets thérapeutiques obtenus par leur emploi.

N'a-t-on pas dit que la thérapeutique serait physiologique ou qu'elle ne serait pas?

Efforçons-nous donc de poser les bases du problème avant de chercher à le résoudre; les matériaux recueillis ici seront utilisés dans la deuxième partie et permettront d'établir un traitement ioduré rationnel des affections des voies respiratoires.

Il est difficile d'adopter pour ce chapitre une

bonne division, car l'action des iodures, comme celle de beaucoup de médicaments, est une action complexe.

Après quelques hésitations, voici celle à laquelle nous nous sommes arrêté :

Action sur le système circulatoire,
Action sur les sécrétions,
Action sur le système nerveux,
Action substitutive,
Action antiseptique,
Action résolutive.

Action sur le système circulatoire.

Les iodures *agissent sur les vaisseaux en les dilatant*. C'est là une de leurs principales caractéristiques, et de cet effet constaté maintes fois expérimentalement et admis presque par tous, découlent plusieurs conséquences que nous allons passer en revue.

Ils permettent une oxygénation plus facile du sang au niveau des capillaires pulmonaires, et cela explique leur action directe contre la dyspnée. En diminuant l'excès d'acide carbonique qui existe dans l'organisme et excite outre mesure l'innervation respiratoire, ils « dé-

sasphyxient le sang irriguant les centres bulbaires qui se trouvent ramenés au type fonctionnel normal » (G. Sée et Lapique).

Ils lèvent en même temps les stases pulmonaires si fréquentes dans les affections de ces organes par l'activité plus grande de la petite circulation, et ainsi du système circulatoire général. Ils dilatent non seulement les vaisseaux du poumon mais tous les vaisseaux, et amènent ainsi une déplétion des organes centraux aux dépens de la périphérie, ce que G. Sée qualifiait si excellemment de saignée interne. Le soulagement du cœur favorise immédiatement la circulation intra-pulmonaire et il nous paraît inutile d'insister sur la part importante qu'a l'état de cette circulation dans la plupart des maladies des bronches et du poumon.

En agissant sur la circulation, ils agissent par la même sur la diapédèse et chacun sait que les globules blancs sont les agents les plus actifs de résorption des exsudats et de la résolution en général. Mais il semble qu'il y ait ici plus qu'une action indirecte, et si on admet les conclusions que Heinz [Berlin, Klin woch, n° 52, p. 1186, 15 décembre 1890] tire de ses expériences, on se trouve amené à considérer les iodures comme excitant directement l'activité des leucocytes, et ce serait là un fait d'une

importance exceptionnelle. Heinz, après avoir injecté dans la cavité abdominale de deux lapins du cinabre, a administré en même temps à l'un d'eux de l'iodure de sodium. Le nombre des leucocytes a augmenté chez ce dernier, et c'est chez lui également qu'on a trouvé le plus de leucocytes chargés de vermillon. Leur activité a donc augmenté en même temps que leur nombre. Cette constatation est corroborée par d'autres expériences [Schleich-Schede, *Thérapeutique Soulier*, 1891, t. 1^{er}, p. 43].

Action sur les sécrétions.

Cette action est certainement connexe en partie de l'action sur le système circulatoire, mais est de plus sous la dépendance du système nerveux. Elle peut être considérée aussi très probablement comme le résultat d'une action directe des iodures ou de l'iode qu'ils contiennent sur l'épithélium des voies respiratoires, de sorte que nous en parlons dans une subdivision spéciale.

Quoi qu'il en soit, cette action est certaine, et se manifeste de deux façons : 1° les iodures augmentent les sécrétions; 2° ils les fluidifient.

D'une façon générale, l'iodure a augmenté les sécrétions de toutes les parties de l'appareil respiratoire.

En ce qui concerne le fosses nasales, le fait a été signalé maintes fois, et Briquet [*Semaine médicale*, 8 avril 1896] a trouvé la sécrétion nasale augmentée dans 50 à 65 0/0 des cas, suivant l'iodure employée.

La proportion donnée par M^{re} Bradley dans sa thèse inaugurale (1887) est de 56 0/0.

Pour les autres parties, le fait n'en est pas moins réel, sinon chez l'homme sain où il est fort difficile à constater, du moins chez les malades qui seuls nous intéressent. Le plus souvent, les crachats des bronchitiques augmentent très nettement sous l'influence de l'iodure; à plusieurs reprises, nous avons pesé l'expectoration quotidienne, et pu noter une augmentation de poids le plus souvent d'un tiers environ, et quelquefois, quoique très rarement, une variation du simple au double.

De plus, les iodures fluidifient sécrétions nasales et crachats et rendent ainsi l'expulsion de ces derniers beaucoup plus facile. Il en résulte, comme conséquences, que la toux est moins opiniâtre, que les quintes diminuent de nombre et de durée, d'où fatigue et oppression moins grandes. La pénétration de l'air dans

les bronches est aussi plus complète et les échanges gazeux plus faciles. [G. Sée, *Discussion Acad. méd.*, juillet 1877 et fév. 1878]. Effet connexe de celui produit par la vaso-dilatation des vaisseaux pulmonaires et dont nous avons parlé tout à l'heure. Cette théorie fut d'ailleurs admise par Gubler, [Soc. Thérap., 23 janv. 1878], et elle est actuellement acceptée par la majorité.

Action sur le système nerveux

Cette action est très discutée.

Soulier, qui ne croit pas qu'il faille considérer l'iodure de potassium comme un modificateur de la surface bronchique, admettrait plutôt une modification directe du centre respiratoire, ou bien encore une action impulsive sur ce centre par KI, au moment de son élimination. L'iode exciterait les extrémités bronchiques du vague respiratoire. Il explique ainsi l'action sur la dyspnée et les rares améliorations de la coqueluche par l'iodure de potassium.

Laborde [Acad. de méd., 4 mars 1890], après avoir essayé de prouver la supériorité consi-

dérable d'après lui des sels de potassium sur les sels de sodium, déduit des expériences qu'il a faites avec l'iodure de potassium, que ce sel exerce sur le système nerveux central et en particulier sur la portion bulbo-myélique de ce système, une action fort importante, et que ses effets pulmonaires et vasculo-cardiaques seraient secondaires à cette action. Mais de ce qu'il a obtenu ces résultats à la suite d'injections sous-cutanées de doses très fortes et presque toxiques, il a tort de conclure qu'il doit en être ainsi dans l'emploi thérapeutique des iodures. D'ailleurs, lorsque le médicament est pris en ingestion stomacale, on n'a jamais observé ces phénomènes de nature convulsive dont il parle dans sa communication.

D'après G. Sée, l'iodure produirait une diminution de l'impressionnabilité nerveuse de la muqueuse pulmonaire, mais il faut reconnaître que ce n'est là qu'une simple hypothèse, émise pour expliquer la valeur, d'ailleurs incontestable, de l'iodure dans l'asthme.

Action substitutive

D'après Barth [*Thérap. des Maladies des voies respiratoires*, p. 22], il faut peut-être ajouter à toutes ces diverses actions de l'iodure une « irritation substitutive de la muqueuse bronchique avec renouvellement du revêtement épithélial et remplacement des cellules malades ». Cette hypothèse permet d'expliquer certains cas où l'iodure n'agit pas comme d'ordinaire en facilitant l'expectoration, et pour lesquels, cependant, l'amélioration est très rapide. Briquet en cite plusieurs dans son Mémoire.

Action antiseptique

D'autres auteurs ont prétendu que l'iodure agissait sur les muqueuses bronchiques et pulmonaires comme agent antiseptique, et qu'ainsi son action était facile à comprendre. Il ne faut pas confondre iode et iodure. Si le premier de ces corps est très antiseptique, le second, au contraire, l'est excessivement peu; et après

l'administration de l'iodure, c'est bien lui qu'on retrouve dans le poumon.

Action résolutive

D'expériences relatives à l'action de l'iode et des iodures sur la pression artérielle, MM. Prevost et Binet [*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 août 1890] concluent que les résultats ne permettent pas d'attribuer aux iodures une influence manifeste sur la pression sanguine, quand ils sont ingérés à dose faible, non toxique par voie stomacale dans les conditions physiologiques; et que, par conséquent, les modifications heureuses qu'ils peuvent amener en clinique, seraient probablement indirectes, c'est-à-dire, dues à leur *action eutrophique, résolutive*. Nous ne dirons point ici les diverses hypothèses qu'on a faites pour expliquer cette action résolutive, cela nous ferait trop sortir du cadre que nous avons adopté. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle existe quoique mal expliquée.

D'après Hayem, « il est impossible d'expliquer jusqu'à présent, à l'aide des effets physiolo-

giques des iodures, les résultats thérapeutiques qu'on en obtient.

« Il semble évident que l'usage des iodures facilite la désassimilation des tissus conjonctifs pathologiques, et exerce une action sur les vaisseaux artériels dilatés par le fait de l'arterio-sclérose. Par contre, les effets d'hypérémie et d'ordre trophique, admis au niveau du poumon, ne sauraient être considérés jusqu'à présent que comme de simples hypothèses, émises sous l'influence du désir, d'ailleurs légitime, d'expliquer certains résultats thérapeutiques. »

C'est, selon nous, aller un peu loin. L'action des iodures sur le système circulatoire, celle sur les sécrétions, paraissent bien prouvées et sont admises presque par tous. Elles permettent non seulement d'expliquer, mais de rechercher quelques résultats thérapeutiques qu'on obtient très souvent.

Les effets physiologiques des iodures que nous venons d'exposer, nous permettent de comprendre le mécanisme de l'intoxication soit par des doses trop fortes, soit plutôt chez les individus prédisposés.

Comme le dit très bien M^{re} Bradley, quand on examine au fond les diverses observations

d'iodisme, on peut se convaincre que le processus morbide n'est qu'une forte accentuation des symptômes dits normaux de la médication, symptômes sur lesquels on jette à peine un regard à cause de leur banalité même. Nous terminerons donc cette première partie par quelques mots sur l'iodisme des voies respiratoires.

DE L'IODISME DES VOIES RESPIRATOIRES

Nous avons déjà parlé du coryza. Il est très variable, suivant les sujets, et aussi suivant l'iodure employé comme nous l'avons dit tout à l'heure. La proportion de coryzas pour un même iodure diffère aussi suivant la dose, et Briquet [*Semaine médicale*, 8 avril 1896] a pu conclure de très nombreuses observations que « plus la dose donnée d'un iodure est forte, plus le sujet est exposé au coryza, et plus il est à craindre que ce coryza ne soit intense ». L'écoulement nasal est très abondant, et quelquefois accompagné d'éternuements qui peuvent atteindre le chiffre de cinquante en une heure. Comme conséquence de cet écoulement nasal irritant, on remarque très fréquemment un eczéma de la lèvre supérieure.

Les épistaxis sont peu fréquentes et peu abondantes. Elles se produisent quelquefois dans les premiers jours du traitement et pourraient

être alors attribuées à une action locale, ou bien, mais plus rarement, au bout d'un certain laps de temps. Il peut arriver qu'elles soient alors abondantes. Quelques auteurs les attribuent, dans ce cas, à une modification de l'état du sang.

Si des forces nasales nous passons au larynx, nous voyons, dans la thèse de M^{re} Bradley, de nombreux cas de laryngite, provoquant de la dyspnée, de la toux, de l'enrouement, et suscités par l'usage de l'iodure. La laryngite striduleuse même ne serait pas rare. La toux serait exagérée par l'emploi des iodures (4 0/0 avec KI, 6 0/0 avec NaI et StrI, 7 0/0 avec AzH⁴I (Briquet).

Nous arrivons à une complication plus redoutable, mais heureusement très rare : l'œdème de la glotte. La possibilité de sa production n'est pas douteuse, et il a été constaté au laryngoscope et à l'autopsie. Toutes les doses peuvent y disposer, et sur les vingt-trois cas réunis par Briquet, nous en voyons où on a donné 0,15 gr. à 0,20 gr. (Guillemet, Fournier, Weist); 1 gr. (Nélaton, Fournier, Huchard, Rosenberg); 3 gr. (Fenwick); 13 gr. (Groenouw). Cet œdème se manifeste le plus souvent dans les premières heures qui suivent l'administration du médicament. Fauvel a attiré l'attention sur la susceptibilité plus spéciale des larynx envahis par

la tuberculose. Nous aurons à nous en méfier dans le traitement des laryngites chroniques, qui fait partie intégrante de notre sujet.

La trachée et les bronches peuvent être irritées comme les aériennes supérieures, et on voit survenir une bronchite ou une trachée-bronchite. Fournier a même décrit la grippe iodique, qui serait un phénomène du début, tandis qu'en général, les accidents n'arrivent qu'après un certain temps de traitement. Dès la première nuit, le malade est anxieux, agité; sa face est gonflée, rouge; son nez prend l'aspect erysipélateux. Il y a état fébrile, insomnie, toux pénible, dyspnée.

Foussagrives a vu une bronchite aiguë survenir à la suite d'une injection de teinture d'iode dans une hydrocèle.

Briquet, chez un enfant scrofuleux âgé de dix ans, a été obligé de suspendre l'iodure de potassium à plusieurs reprises différentes pour des accidents de bronchite, nettement dus à l'ingestion du médicament, puisqu'ils se répétèrent chaque fois qu'on voulut en reprendre l'emploi; le même malade supporta très bien l'iodure de sodium à doses équivalentes.

Cette irritation violente de l'arbre trachéo-bronchique tendrait à faire admettre cette action substitutive dont nous parlions tout à l'heure

et qui pourrait, dans certains cas, rendre des services.

Les poumons et les plèvres peuvent aussi être intéressés. Lawrie Ader a observé de la congestion aiguë des deux poumons. D'après Lauder Brunton, on a non seulement constaté de l'engorgement pulmonaire, mais même la formation d'un exsudat dans la cavité pleurale. Huchard [*Union médicale*, 1885, p. 209], après l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium donné pour un anévrysme de l'aorte, cite un cas d'œdème pulmonaire si brusque et si intense que le malade a failli en succomber, mais qui a disparu aussitôt qu'on a cessé l'usage du médicament.

On a observé aussi très souvent la congestion et l'œdème pulmonaire à la suite d'injections expérimentales extra-veineuses de solutions de KI de NaI, chez les lapins, les chiens. L'œdème pulmonaire était assez considérable pour provoquer l'écoulement, à travers une canule trachéale, du liquide spumeux formé dans les alvéoles et dans les bronches.

Quand on fait ingérer les iodures on obtient beaucoup plus rarement les mêmes effets, et il faut, en tous cas, des doses beaucoup plus fortes.

M^{re} Bradley cite des cas assez nombreux d'hé-

moptysies à répétition survenues à la suite du traitement ioduré. Cela est surtout fréquent chez les sujets atteints de tuberculose à la première et à la seconde période.

Briquet n'a jamais vu d'hémoptysie abondante d'origine iodique, mais s'il additionne les cas où il a rencontré, sous l'influence des iodures, des crachats bronchiques teintés de sang, chez des sujets ne présentant pas de signes physiques de tuberculose, il trouve : pour l'iodure de potassium, 0,5 0/0; pour l'iodure de sodium, 1 0/0; pour l'iodure d'ammonium, 2 0/0.

Il y a cependant quelques observations où après quelque temps d'un traitement ioduré entrepris avec des doses moyennes, 1 gr. à 1 gr.,50, on voit se déclarer subitement, sans signes précurseurs, une hémoptysie qui se renouvelle les jours suivants, et ne cède qu'après la cessation du médicament. Chaque fois qu'on reprend l'administration et qu'on la continue plus de deux à trois semaines, on a de nouvelles hémoptysies, ce qui tendrait à démontrer que certaines personnes sont particulièrement prédisposées.

Il nous a paru intéressant de noter ici, à la fin de ce chapitre, des recherches faites par Buccheim et Herebel [Nothuagel et Rosbach,

p. 244], par Calmeels. Après avoir injecté, chez des animaux, des solutions d'iodure à titre divers, ils ont recherché dans quelle proportion leurs différents organes en contiennent. Tous deux classent le poumon en tête; l'iodure s'y rencontre en très grande quantité, alors que d'autres organes, tels que le foie et le cerveau, n'en contiennent que très peu.

Cela explique peut-être comment les doses moyennes et même faibles d'iodure réussissent dans les affections pulmonaires, alors qu'il faudrait employer des doses beaucoup plus fortes, par exemple, dans la syphilis cérébrale.

Rosembach et Pohl [*Berlin Klin Woch*, N. 36, p. 813, 8 septembre 1890] avaient dit aussi que les préparations iodurées ne se retrouvaient pas dans les exsudats inflammatoires séreux ou purulents, de la plèvre, du péritoine, des articulations; mais Luch [*Central Blatt* 1890, N. 46.] a montré que ces conclusions étaient erronées et que les matières albuminoïdes avaient simplement gêné les réactions ordinaires.

CHAPITRE II

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

Les affections des voies respiratoires où les iodures sont susceptibles d'être employés sont nombreuses; celles où il rend le plus de services et qu'il est, par conséquent, le plus utile d'étudier, sont l'asthme et les bronchites chroniques compliquées ou non d'emphysème; mais pour suivre un ordre logique, il nous paraît préférable de commencer par les voies respiratoires supérieures en descendant progressivement jusqu'aux poumons. Nous passerons donc en revue successivement :

Les affections nasales : coryzas chroniques, ozène.

Les affections laryngo-trachéales : laryngites, rhumes, gripes, coqueluche.

Les affections bronchiques et broncho-pulmonaires : bronchites aiguës et chroniques, broncho-pneumonie.

Les affections pulmonaires : asthme, emphyseme, congestion pulmonaire, pneumonie aiguë et chronique, tuberculose pulmonaire, aiguë et chronique, syphilis pulmonaire.

Les affections pleurétiques : pleurésies aiguës et chroniques.

Fosses nasales. — Ozène.

Nous ne parlerons pas ici, non plus que pour les laryngites, des applications locales de teinture d'iode ou d'une solution iodurée, qui donnent souvent de bons résultats, alors que le traitement ioduré ne fait rien. Ce que l'on met à profit, dans ce cas, c'est l'action locale de l'iode, action antiseptique que ne possèdent pas, comme nous l'avons vu, les composés de ce corps.

L'iodure a été, à diverses reprises, recommandé contre l'ozène. En 1881, à la Société de thérapeutique, Labbé a signalé de nombreux cas où il avait retiré grand bénéfice de son emploi, et la plupart des traités spéciaux conseillent de l'essayer, à cause des succès certains qu'on a quelquefois obtenus. Il faut toutefois bien distinguer entre les diverses espèces d'ozène, et ne pas désigner sous ce nom, comme on l'a fait

trop souvent, toute espèce de coryza accompagné de fétidité nasale.

D'après Briquet, dans l'ozène simple vrai, ou rhinite atrophiante, l'action de l'iodure est insignifiante.

Nous l'avons nous-même essayé dans un cas (observation I), avec le plus grand soin, suspendant le traitement local qui était employé depuis deux semaines et nous avait déjà donné une légère amélioration; nous avons complètement échoué, tout en ayant forcé les doses, et persévéré près d'un mois.

Coryza chronique.

L'iodure a été très souvent employé dans le coryza chronique, mais quoique son emploi soit signalé dans tous les traités spéciaux, les succès sont rares.

D'après Briquet, quand il s'agit du coryza chronique sec ou à sécrétions plus ou moins fétides sur terrain scrofuleux, comme c'est fréquemment le cas, l'iodure est souvent sans action; mais comme il améliore certains cas, surtout des cas de coryza sec, il devra toujours être essayé.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle à ce point de vue, mais quand le coryza chronique, même accompagné d'ozène, est d'origine syphilitique, les résultats obtenus sont alors merveilleux. Nous avons pu le constater dans un cas dont nous rapportons plus loin l'observation (observation II).

On a administré chez le cheval, contre la morve, l'iodure de potassium, à la dose de 15 à 40 gr. par jour, pendant cinq à six semaines. Les effets étaient évidents après quelques jours, et après le temps ci-dessus cité, quelques animaux furent complètement guéris. Nous ne croyons pas que ce médicament ait été donné dans ce but à l'homme chez qui, d'ailleurs, la morve est excessivement rare.

Nous parlerons plus loin de l'asthme des foin.

Laryngites.

L'œdème de la glotte qui est un des phénomènes les plus graves de l'iodisme, est, comme nous l'avons dit, très rare; mais comme il n'y a aucun moyen sûr de l'éviter, et que son apparition est toujours imprévue, on doit être fort circonspect en ce qui concerne le traitement ioduré dans les laryngites. En tout cas, aussitôt

qu'il y a menace d'œdème, il faut cesser absolument l'iodure.

En somme, nous croyons qu'en dehors des laryngites tertiaires syphilitiques, où il peut et doit toujours être essayé, le traitement ioduré restera très limité dans les laryngites aiguës ou chroniques.

Dans les cas de syphilis du larynx, où il y a en même temps œdème de la glotte, doit-on essayer l'iodure? Etant donné que tout aussi bien, la trachéotomie s'imposerait souvent sans traitement, et que les chances d'aggraver le mal sont beaucoup moindres que celles d'obtenir une prompte résolution, nous répondrons oui sans hésiter, mais il convient, dans ce cas, de prendre des précautions spéciales. Pour notre part, tenant compte des succès qu'a souvent donnés le bicarbonate de soude à haute dose (10 gr. par jour) dans les cas d'œdème de la glotte d'origine iodique, nous administrerions préventivement ce médicament pendant les premiers jours du traitement ioduré. De plus, nous donnerions le premier jour une faible dose d'iodure (0 gr., 50) pour tâter la susceptibilité du malade, et dès le deuxième ou troisième jour, nous passerions à des doses moyennes ou fortes. La trachéotomie reste toujours comme planche de salut, si l'oppression était trop vive.

Rhumes et grippes.

Le docteur Briquet recommande l'emploi de l'iodure dans les rhumes prolongés et les grippes à toux sèche; il dit avoir obtenu un réel soulagement du malade dans la moitié des cas, quelquefois un succès complet. Au sujet de la valeur comparée des iodures à ce point de vue, il écrit : « Là où le traitement ioduré réussit, tous les iodures réussissent, mais l'iodure de potassium paraît avoir une légère supériorité. »

Il dit aussi que l'iodure, quelquefois loin d'augmenter les crachats, les supprime; mais que, dans ces cas, l'amélioration se manifeste quand même en peu de temps. Peut-être s'agit-il, dans ces derniers cas, d'une action substitutive, comme le veut Barth.

Les cas de rhumes prolongés ou de grippes, qui ne sont guère accompagnés d'oppression, mais où la toux est particulièrement pénible, sèche et rebelle, sont fréquents. Le traitement ioduré réussit quelquefois bien, mais il faut toutefois se méfier de l'exagération de la toux par le médicament. Dans un cas, dont parle Briquet, loin d'améliorer le malade, l'iodure

rendit la toux beaucoup plus sèche et plus fréquente, et on fut obligé de suspendre son emploi.

L'iodure d'ammonium est plus irritant que les autres, comme nous l'avons vu aux phénomènes d'iodisme; il vaut donc mieux ne pas l'utiliser dans ces cas.

Coqueluche.

D'après Soulier, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, « les rares améliorations de la coqueluche par l'iodure de potassium s'expliqueraient par la modification du centre respiratoire ou l'excitation des extrémités bronchiques des nerfs vagues respiratoires ».

Nous avons essayé l'iodure de potassium dans un cas où la coqueluche datait de quatre semaines et où la toux était particulièrement sèche. Le résultat fut absolument nul, tout au point de vue de l'action sur le nombre des quintes que de l'efficacité sur l'élément catarrhal. Nous n'osâmes d'ailleurs pas élever la dose, en raison d'une conjonctivité iodique qui se manifesta dès les premiers jours du traitement. (Observation III.)

Bronchite aiguë.

N'ayant pas d'observations personnelles concernant l'emploi du traitement ioduré dans la bronchite aiguë, et n'ayant rien trouvé dans les auteurs à ce sujet, nous nous bornerons à citer les conclusions de Briquet, qui sont d'accord avec les observations qu'il donne à l'appui :

« Chez l'adulte, l'iodure à la dose de 2 gr. au moins peut être utile dans la moitié des cas, tandis qu'il est toujours inutile chez l'enfant, quoique bien supporté par lui. Il facilite les crachats, et rend quelquefois, mais plus rarement, l'oppression moins pénible. Les iodures de sodium, rubidium et calcium, paraissent aussi actifs que l'iodure de potassium pour obtenir ces deux effets; ceux d'ammonium ou de strontium sont inférieurs. Au début, ou en plein cours de la bronchite, l'iodure peut être inutile alors qu'employé au commencement de la période de décroissance, il rend des services; c'est d'ailleurs en ce moment qu'on a le plus de chances d'en obtenir une action avantageuse. »

Cela, en effet, n'a rien que de très naturel, si l'on pense à l'évolution de la bronchite aiguë et

à l'utilité des expectorants dans la période de coction.

Nous publions à la fin de ce travail une très belle observation qu'a bien voulu nous donner notre ami, le docteur Briquet, sur un cas de bronchite aiguë avec accès d'oppression, traitée par l'iodure. (Observation IV.)

Bronchites chroniques.

C'est ici un des emplois les plus intéressants de l'iodure, et, comme nous avons recueilli à ce sujet un certain nombre d'observations personnelles, nous nous étendrons sur ce chapitre un peu plus longuement que sur les précédents. Il nous faut tout d'abord distinguer entre les différentes bronchites chroniques.

Il y a d'abord celle où l'expectoration est facile et abondante, et où l'oppression est le plus souvent presque nulle. Nous étudierons l'action de l'iodure sur la *bronchorrée*, qui est son symptôme dominant.

Dans la *bronchite sèche*, au contraire, la dyspnée existe toujours plus ou moins vive, l'expectoration est de peu ou point d'importance comme quantité, mais très difficile.

Certains cas intermédiaires se signalent par une oppression fréquente, jointe à une expectoration spumeuse assez considérable.

Signalons la bronchite des cardiaques, où le traitement de l'affection du cœur par la digitale et les autres toniques usités pour cet organe, ne laisse pas d'être indispensable, même dans les cas où le traitement ioduré est utile.

Les albuminuriques ont aussi leur bronchite spéciale, mais ici encore la bronchite est secondaire, et le régime lacté, si favorable aux néphrites, intervient ici comme un facteur indispensable de guérison ou au moins d'amélioration.

Il nous restera à parler de la dilatation des bronches, accompagnée toujours d'une expectoration abondante, assez souvent fétide.

Nous dirons ailleurs quelques mots du traitement ioduré dans l'emphysème, mais, le plus souvent, il est associé à la bronchite chronique, et rentre donc ainsi en partie dans le cadre de ce chapitre.

La bronchite pseudo-membraneuse chronique, quoique très rare, n'en mérite pas moins une mention ici, étant donnée la pauvreté de la thérapeutique à son endroit.

Bronchorrée. — Briquet a essayé le traitement ioduré chez deux malades atteints de

bronchorrée. Nous-même l'avons fait une fois.

L'iodure a été absolument inutile dans les trois cas.

La quantité des crachats est restée approximativement la même, et même dans notre cas, où nous avons forcé la dose, il n'y a eu aucune action à ce sujet; ni augmentation ni diminution. La nature de ces crachats est restée aussi la même, ils n'ont été ni plus épais ni plus liquides.

Nous pouvons donc conclure que l'iodure est inutile dans la bronchorrée sans oppression, et qu'il n'agit pas, ou du moins qu'il n'a pas agi dans ces cas, par son action substitutive.

Bronchite sèche. (Observations V à VIII.) — Il faut envisager deux éléments distincts.

Action de l'iodure sur les crachats toujours difficiles et rarement abondants comme nous l'avons vu.

Action de l'iodure sur la dyspnée, fréquente ici, que la bronchite soit ou non compliquée d'emphysème.

Nous ne reparlerons pas de la toux; nous avons vu que l'iodure dans certains cas l'aggravait, et que l'iodure d'ammonium, qui par sa *base*, aurait pu mériter des préférences contre l'élément dyspnée, avait le fâcheux privilège d'être le moins recommandable à ce point de vue.

Nous rapportons ailleurs quatre observations, recueillies soit en cours d'études, soit dans ces derniers temps, en remplaçant des confrères. Dans presque tous les cas où nous l'avons employé, nous avons obtenu de bons résultats, à condition de prescrire des doses moyennes ou fortes, et suffisamment longtemps.

La première phase du traitement consiste à tâter la susceptibilité du malade par rapport à l'iodure. Nous commençons toujours par la faible dose de 0 gr. 50 pendant les deux premiers jours. Si l'iodisme se manifestait, nous persistions à la même dose jusqu'à tolérance, augmentant ensuite progressivement de 0 gr., 50, pour arriver à 2 gr., 50 et 3 gr.

Quant, au contraire, il n'y avait pas d'iodisme ou iodisme insignifiant, nous passions dès le troisième jour à la dose de 2 ou 3 gr. seule active à notre avis. La tolérance consécutive est presque la règle; les premiers jours du traitement demandent seuls quelques ménagements.

Nous citerons ici, à titre documentaire, les conclusions de Briquet, basées sur un grand nombre d'observations.

« Les iodures employés contre la bronchite chronique sèche, compliquée ou non d'emphysème, ont de l'action sur les crachats dans la moitié des cas, et sur l'oppression dans un quart seule-

ment. Les iodures de potassium, sodium, ammonium, se sont montrés à peu près égaux en action; l'iodure de sodium a cependant paru un peu plus avantageux contre le symptôme oppression. Les iodures de calcium et de rubidium paraissent leur être supérieurs. L'iodure de strontium paraît au contraire le moins utile de tous. »

Nous n'avons pas expérimenté d'autres iodures dans la bronchite chronique sèche que les iodures de potassium, de sodium; et dans un cas, celui de strontium. Pour ce dernier, nous nous associons à la conclusion ci-dessus, cet iodure semble nettement moins actif. En ce qui concerne la facilité de l'expectoration, l'iodure de potassium nous a paru nettement supérieur à l'iodure de sodium; l'élément potasse n'aurait-il pas une part dans cette action sécrétoire?

Contre la dyspnée, l'iodure de sodium nous a paru l'emporter. Aussi conseillerons-nous quand l'oppression domine, d'employer Na I, et quand la difficulté d'expectoration est le symptôme qui gêne le plus le malade d'employer K I; et comme fréquemment les deux choses marchent de pair, le mélange des deux iodures nous paraît le plus souvent recommandable. (Observation VI.).

G. Sée n'attribue qu'aux iodures de potassium et de calcium des vertus respiratoires.

Bronchite pseudo-membraneuse. — Dans la thèse de Paul Lucas Championnière, 1876, nous voyons coter comme seuls médicaments quelquefois utiles dans cette affection : l'iodure de potassium, le mercure, le goudron.

D'autres auteurs disent que KI a, dans certaines circonstances, donné seul des résultats; mais les insuccès sont fréquents. Barth [*Thérap. des maladies des voies respir.*, p. 78] conseille de pousser les doses jusqu'à la production du catarrhe iodique, de façon à détacher les fausses membranes et à provoquer une irritation substitutive de la muqueuse; mais ces vues sont plutôt théoriques, car certains sujets ont de la bronchite iodique avec des doses minimales, et d'autres n'en ont pas, quelle que soit la dose employée.

Bronchite des cardiaques. — Marfan [Charcot et Bouchard] conseille la digitale aux mitraux et l'iodure aux aortiques. L'iodure peut être utile dans les affections mitrales, à condition que la digitale ou quelque autre médicament cardiaque vienne lui prêter son appui. Il semble d'ailleurs logique d'admettre, puisque l'iodure dilate le système circulatoire tout entier, qu'il favorise l'action de la digitale, en ouvrant au sang un débouché plus facile. Il agit de même dans l'intervalle des accès (Observation VII).

Dilatation des bronches avec expectoration fétide. — Malet prétend avoir obtenu une grande amélioration chez deux malades, et supprimé la fétidité des crachats par l'emploi de l'iodure de calcium à la dose de 50 centigr. Cette dose semble bien faible pour avoir pu produire ce résultat. Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur cette question et nous n'avons rien trouvé dans les auteurs.

Bronchite des albuminuriques. — G. Sée recommande de se méfier de l'iodure chez les albuminuriques à cause du défaut d'élimination rénale, et le proscriit même complètement dans ces cas. Cette proscription absolue est peut-être trop sévère, en ce sens que certains albuminuriques supportent admirablement l'iodure, et dans certains cas de bronchites chroniques chez des albuminuriques, l'emploi de cet agent est trop utile pour être délaissé. Il devra simplement être plus surveillé, surtout en ce qui concerne les hautes doses.

L'iodure peut-il augmenter l'albuminurie? Cela semble bien peu probable à moins qu'on emploie des doses excessives. Briquet (*Sem. Méd.*) cite l'exemple d'une malade guérie depuis environ un an d'une forte albuminurie qui avait duré plusieurs mois. L'albumine n'a reparu ni par l'administration de l'iodure de strontium

aux doses de 6 à 8 gr., ni par celle de l'iodure de potassium.

Broncho-pneumonie.

Nous n'avons pas employé, ni vu employer, l'iodure dans la broncho-pneumonie, et le docteur Mosny, dans son ouvrage sur la question [Bibliot Charcot-Debove], ne cite même pas ce médicament. Il a cependant été à différentes reprises préconisé, mais les divers essais qui en ont été faits n'ont guère été suivis.

Zims d'Athènes [*Bull. therap.*, 1887, p. 549] l'emploie à la dose quotidienne de 0 gr., 50 à 1 gr., 50 chez les enfants de un à cinq ans, quand la broncho-pneumonie n'est pas une complication de la rougeole ou de la coqueluche. C'est au contraire dans la broncho-pneumonie rubéolique que Vicente [*Journal de clin. et de therap. infant.*, 22 mars 1894, p. 266] a récemment préconisé l'iodure à la dose de 20 à 80 centigrammes par jour.

Briquet, et nous nous rallions volontiers à sa manière de voir, fait remarquer que « la congestion des bronches et des poumons ne peut qu'augmenter sous l'influence de l'iodure, et que

l'expectoration étant nulle ou presque chez les enfants, ne peut être modifiée de son fait ».

Dans certaines broncho-pneumonies chroniques, l'iodure pourrait peut-être au contraire rendre des services comme agent de résolution, mais à condition que les doses soient graduées suivant l'âge du sujet et que son emploi soit surveillé pour éviter qu'il ne manifeste trop ses qualités de médicament altérant.

Emphysème.

Il nous reste peu de choses à dire de l'emphysème, qui, d'ailleurs, est rarement isolé. L'iodure agit certainement dans cette affection, sinon comme curateur, puisque la chose est impossible, du moins comme modificateur favorable, étant donné qu'il diminue la dyspnée. Si un retour partiel, *ad integrum*, est relativement possible, il tend à le favoriser par le fait même de cette dernière action. Quant à une action directe du médicament sur le tissu pulmonaire, elle n'est pas vraisemblable; il ne s'agit pas, en effet, d'éléments surajoutés dont l'iodure serait susceptible de hâter la résolution,

mais d'une modification toute spéciale dans l'état des alvéoles.

Asthmes.

Historique. — C'est à Stilwell que revient l'honneur d'avoir préconisé le premier l'emploi de l'iodure de potassium dans l'asthme. Son travail parut, en 1857, dans le *Medical Times and Gazette*. Green, en 1860, et Hyde Salter (Lancet, 23 janvier 1864), le recommandèrent après lui. En France, Aubert fit le premier article sur ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1864, mais c'est Trousseau qui, par des recherches nouvelles (1868) et sa haute autorité, en a surtout vulgarisé l'emploi. Successivement après lui, Betz, 1869, G. Sée (*Bulletin acad.*, 1869), dont cette première communication devait être suivie de plusieurs autres fort importantes, Weber (1871), Leyden (1872), Sydney Ruyer (1874), Jaccoud, Pidoux, apportèrent des observations probantes. Actuellement l'iodure est la pierre angulaire du traitement de l'asthme, et G. Sée est bien près de le considérer comme un spécifique, puisqu'il dit quelque part n'avoir eu sur mille cas traités systématique-

ment par cet agent que quelques insuccès.

Nous avons déjà vu dans la première partie de ce travail qu'on attribuait à l'iodure de potassium les propriétés suivantes :

1° La liquéfaction des sécrétions bronchiques, favorisant leur expulsion et l'entrée de l'air;

2° Une action antidyspnéique par hyperémie des vaisseaux pulmonaires, et action directe consécutive sur le centre respiratoire; par diminution de l'impressionnabilité de la muqueuse pulmonaire.

Rabuteau parle à ce propos de « modification graduelle imprimée à l'organisme par le traitement ioduré, notamment au système nerveux ».

Huchard [*Leçons de clin. et de therap. méd. sur les maladies du cœur et des vaisseaux* 1892] fait de l'asthme une conséquence de la sclérose des vaisseaux pulmonaires, et attribue les succès des iodures à leur action sur cette sclérose.

En somme, les effets de l'iodure dans l'asthme, quoique expliqués de façons différentes, sont admis par tous, à peu d'exceptions près. Citons parmi ces dernières, Moutard-Martin [*Soc therap.*, 23 janvier 1878], qui dit que dans l'asthme tout réussit ou tout échoue, et n'admet aucunement pour l'iodure un rôle prépondérant.

Il faut certainement distinguer asthme et asthme. Chez celui-ci, l'élément catarrhal a une

importance énorme, et nous avons vu combien l'iodure est utile dans la bronchite chronique sèche avec oppression. Chez celui-ci, l'élément nerveux sans lequel l'asthme n'existe point, domine la situation, et le médicament se montrera peut-être moins efficace. Mais, il n'en est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, l'iodure a une action vraiment merveilleuse, comme on pourra le voir dans quelques observations à la fin de ce travail. (Observations IX à XI.)

L'asthme dont nous avons parlé jusqu'ici, c'est l'asthme simple; nous ne croyons pas utile de parler de certaines autres espèces d'asthme, tels que l'asthme hystérique, qui exige le traitement général de la névrose, et l'asthme à point de départ nasal ou guttural, où le traitement local prime toute autre méthode thérapeutique.

Nous n'avons pas d'expérience au sujet de l'asthme des foin, dans lequel G. Sée dit avoir obtenu quelquefois de bons résultats de l'iodure de potassium. Il cite aussi des cas où cet agent aurait donné des succès dans l'asthme dû au séjour dans une atmosphère chargée de poussières (asthme des boulangers, etc.). Certains auteurs écrivent de même que c'est le seul médicament qui, dans certaines circonstances, a

procuré l'amélioration ou la guérison dans l'asthme des foins. Quant à l'asthme cardiaque, l'iodure doit intervenir efficacement, grâce aux propriétés que nous lui avons reconnues plus haut contre la dyspnée.

Un point intéressant au sujet du traitement ioduré dans l'asthme simple, c'est qu'il paraît s'agir là d'un traitement palliatif et non curatif. L'iodure, dont on connaît la rapide élimination par toutes les sécrétions et excrétions, et en particulier par les urines, agit surtout pendant son passage dans l'économie. Il ne laisse quelquefois pas de traces utiles de ce passage, en ce sens que si on supprime l'iodure, on verra le plus souvent l'asthme reparaitre.

G. Sée cite un cas, où une interruption de quatre jours a suffi pour faire reparaitre des accès qu'un traitement continu avait réussi à enrayer depuis un an.

D'après Barth, l'iodure réussit surtout dans les formes tardives paraissant liées à l'état gouteux, dans celles qui s'accompagnent de catarrhe sec, d'emphysème précoce, et qui sont souvent compliquées d'artério-sclérose. Certains, au contraire, prétendent avoir remarqué une différence d'action de l'iodure, dans l'asthme simple et dans l'asthme qui dépend d'une cause diathésique, et surtout de l'arthritisme. Cependant

KI a donné maintes fois des résultats excellents dans certaines formes de rhumatisme chronique, il doit donc agir dans l'asthme arthritique.

On emploie beaucoup plus souvent l'iodure de potassium; mais dans les périodes d'intolérance on est très heureux de recourir à l'iodure de sodium, ce que conseille Brissaud. [T. IV, *Charcot et Bouchard*.]

D'après Briquet, « ils ont tous deux à peu près le même effet dans l'asthme; là, où l'iodure de potassium réussit, celui de sodium réussit à peu près également; là, où le premier ne rend aucun service, l'autre échoue de même. C'est surtout chez les sujets jeunes qu'on a des succès ».

Le tout n'est pas de savoir s'il faut employer le traitement ioduré dans l'asthme; il faut encore s'entendre sur le choix des doses. Ici, les divergences sont considérables entre les auteurs; sans vouloir, ni pouvoir les citer tous, nous croyons devoir indiquer la méthode suivie par quelques-uns à ce sujet.

Alors que Dieulafoy donne alternativement pendant 15 jours, 1 à 2 gr. de KI, et le reste du mois de la belladone et de l'arsenic; Grasset [*Quelques formules de thérapeutique*, p. 24] donne seulement l'iodure de potassium en dehors des accès. Il prescrit une solution à

10/300, et il fait administrer au malade deux cuillerées à soupe pendant 5 jours, puis 3 cuillerées pendant 5 jours, puis 4 pendant 5 jours encore; puis 3, 2, 3, 4, en montant et en descendant d'une cuillerée tous les 5 jours. Quand l'amélioration se produit, il donne 2 cuillerées par jour, 20 jours par mois.

G. Sée qui paraît avoir expérimenté cette question plus que tout autre, donne indéfiniment 2 gr. par jour et quelquefois 3 et 4, avec un jour de repos sur 7 ou 10. En plein accès, il conseille l'emploi de l'iodure, qui aurait la propriété, sinon de le supprimer en peu de temps, du moins d'en diminuer notablement la durée. Il l'associait, dans les premiers temps, à l'opium pour diminuer la toux, au chloral le soir pour diminuer la dyspnée; mais ayant remarqué que bien souvent les asthmatiques n'étaient soulagés qu'autant qu'ils crachaient, et que l'iodure seul calmait très bien au bout de peu de temps la dyspnée, il laissa de côté ces deux adjuvants.

En résumé, il ressort de cela et d'autres opinions que nous n'avons pas citées, que la dose moyenne est de 2 gr. par jour (cependant dans un cas que nous citons, la dose de 1 gr. a donné d'excellents résultats), et que l'interruption soit tous les 4 à 5 jours, soit 5 à 10 jours par mois,

est recommandable; et cela, sinon au commencement, du moins pendant la suite du traitement qui devra être continué très longtemps.

Congestion pulmonaire.

Pour la congestion passive, il faut avant tout traiter la cause. L'iodure pourra rendre des services en agissant sur les vaisseaux et par eux sur le cœur. Quant à la congestion aiguë, l'emploi du médicament paraît illogique, puisque, dans certains cas, l'iodure à lui seul peut produire la congestion pulmonaire, et que très certainement son emploi ne diminue pas celle qui existe, mais doit au contraire souvent l'augmenter.

Briquet cite cependant un cas où l'iodure fit merveille. Il faut dire que le médicament [Na I 3 gr.], ne fut donné qu'une fois contre le symptôme dyspnée, particulièrement pénible chez ce sujet. « La dyspnée n'avait cédé ni aux opiacés, ni à l'acétate d'ammoniaque, etc.; le lendemain matin le malade était transformé, l'oppression était considérablement diminuée, et il avait parfaitement dormi la nuit. »

Pneumonie

Les mêmes raisons que nous venons de donner au sujet de la congestion pulmonaire aiguë, nous font douter que l'iodure agisse contre la pneumonie. La méthode de Schwartz a cependant fait trop de bruit récemment pour que nous puissions la passer sous silence. Scharwtz [*Bulletin Acad. de Médec. de Rome*], considérant la pneumonie comme une maladie générale avec effets locaux, administre l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. par jour contre son agent causal. Il le considère comme un spécifique qui doit enrayer sûrement le processus pneumonique, à condition qu'on l'emploie dès les premières 36 heures. Les pneumoniques de Schwartz guériraient en deux jours.

Des succès si brillants devaient amener des imitateurs. En 1882, Riebe [*Bull. therap.*, 1882, n° 103] donne les résultats obtenus sur une série de trente-sept pneumoniques traités par KI. La médication, dans bon nombre de cas, fut instituée dès les vingt-quatre premières heures de la maladie. Les malades prenaient, de deux heures en deux heures, une cuillerée à bouche

de la solution suivante : KI 5 gr., eau 200 gr. De plus, une vessie de glace était appliquée sur la région du thorax correspondant au foyer pneumonique.

Un seul malade succomba : il était atteint de pneumonie double. Les résultats obtenus par M. Riebe, quoique moins brillants que ceux de Schwartz, sont encore très satisfaisants, et propres, d'après lui, à encourager de nouvelles tentatives. L'année précédente, il s'était borné à l'expectation chez vingt-deux pneumoniques jeunes et robustes (soldats). Il avait eu un seul cas de mort, mais d'une façon générale, la défervescence critique avait été beaucoup plus tardive.

Gualdi [*Bull. therap.*, 1884, n° 107, p. 134] aurait eu d'excellents résultats sur trente-neuf pneumoniques. Dans tous les cas, au bout de deux jours, les crachats changent de caractère, deviennent séreux, fluides. La fièvre et la dyspnée cessent sans changement de l'état physique du poumon. La faim est très grande. Il y aurait même, dans certains cas, augmentation des lésions locales, ce qui n'augmenterait pas la dyspnée, qui serait due entièrement, d'après Jurgensen, à la fièvre et non à l'état local.

Il faut bien se souvenir qu'entre toutes les maladies, « la pneumonie est surtout celle dont

les observations ne sont jamais comparables entre elles. Les conditions individuelles, et surtout le génie morbide, peuvent à chaque instant modifier le résultat ». (Dujardin-Beaumetz.)

Lépine [*Revue de médecine*, 1885] qui, d'ailleurs, n'a obtenu aucun résultat de l'administration de l'iodure à l'intérieur chez les pneumoniques, a essayé les injections intraparenchymateuses de Na I. Chez un malade ayant une pneumonie droite, avec phénomènes locaux et généraux accusés, il a fait le deuxième jour, en trois points différents, une injection d'une solution de 25 centimètres cubes, renfermant 1 gr. d'iodure. On observe un léger amendement général, mais seulement momentané. Comme les signes locaux, très atténués après l'injection, ont reparu, deux jours après, en pleine région hépatisée, il injecte, en deux points différents, une solution de 60 centimètres cubes renfermant 4 gr. de Na I, et tout cela sans aucune douleur. Le pouls devient meilleur, plus régulier, mais rapide. Le malade ne souffre plus de son point de côté. Les crachats sont plus abondants et fluides.

Le malade guérit de sa pneumonie, et d'une congestion pulmonaire du côté opposé, survenue à la fin. Il paraît y avoir eu une défervescence artificielle au quatrième jour, la résolu-

tion a seulement commencé au huitième. En terminant, Lépine donne le conseil de se servir d'une solution moins concentrée, injectée en quantité suffisante.

Nous pensons que c'est la seule fois que l'on a employé ce mode de traitement. D'ailleurs, l'auteur, dans des expériences sur des chiens avec des solutions de 1/20, a noté la production de noyaux hémorragiques, ce qui ne serait pas l'un des moindres inconvénients de la méthode,

Chez les animaux, Trasbot (Acad. Méd., 15 octobre 1889), a essayé l'iodure contre la pneumonie, la bronchite, la congestion pulmonaire; il a obtenu de très bons résultats, tant contre l'hyperthermie que contre les dyspnées.

Nous n'avons pas trouvé d'autres tentatives. Quoi qu'il en soit, l'emploi de l'iodure dans la pneumonie aiguë, du moins chez l'homme, est tout à fait tombé, et on n'en parle même pas dans les auteurs. Pour les raisons citées plus haut, nous n'avons pas cru devoir l'essayer. Si certains l'ont fait, n'ayant eu probablement aucun résultat, ils ont jugé inutile de publier leurs observations.

Nous nous en tiendrons donc aux conclusions de Lépine, qui, en employant l'iodure par la bouche à la dose de 4 gr., n'a pas observé de résultats avantageux. Il est inutile, je pense, de

parler de nouveau du traitement par injections.

Il est certain qu'employé à la période de résolution de la pneumonie, alors que celle-ci tarde à se faire et que les râles et la matité persistent en quelque sorte indéfiniment, l'iodure a rendu des services et nous-même l'avons vu employer avec succès dans ces cas à la dose de 1 gr. Mais nous sommes loin ici du traitement abortif de Schwartz. Ces exemples rentrent, en quelque sorte, dans le cadre des pneumonies chroniques.

Pneumonie chronique.

Comme dans la plupart des affections chroniques, l'iodure a été employé ici avec succès. Ce précieux agent de révolution aura une action incontestable dans la plupart des cas, à condition que la sclérose ne soit pas trop avancée, et qu'un retour *ad integrum* reste possible dans une certaine mesure. Il ne faut pas, en effet, demander à l'iodure plus qu'il ne peut donner. Et on prend, par exemple, comme point de comparaison, son action dans la syphilis; il guérit les manifestations de tout genre, gommes, etc..., qui sont encore susceptibles de

régressions; il ne saurait réparer les substances disparues et est sans action sur le tissu conjonctif quand il forme des lésions définitives, cicatrices, etc

Tuberculose pulmonaire.

Tuberculose aiguë. — Peu de recherches ont été faites sur l'action de l'iodure dans la tuberculose aiguë, et nous n'avons point trouvé d'autres travaux à ce sujet que ceux de Grasset et de Lépine. Grasset s'est fait le champion d'une méthode contre la méningite tuberculeuse, qui lui avait donné, dans certains cas, des succès remarquables. Il administre le traitement ioduré à fortes doses, dès que les premiers symptômes de méningite apparaissent. La difficulté de reconnaître les cas de pseudo-méningisme ou de méningite syphilitique doit nous rendre très circonspects dans l'appréciation des résultats obtenus. En tout cas, la même méthode a été appliquée par Grasset à la granulie; il donne toutes les deux heures une cuillerée à soupe d'une solution contenant de 1 à 4 gr. d'iodure de potassium pour 100 d'eau.

Lépine [Éloy, *Dictionnaire Dechambre*, art.

Iode] préfère l'iodure de sodium et aurait eu plusieurs succès avec les doses énormes de 15 et 20 gr. par jour.

Tuberculose chronique. — Nous ne parlerons pas ici de l'emploi de l'iode dans la phtisie. Le mode d'action de l'iodure est trop différent de celui de l'iode pour que cette question rentre dans le cadre de notre travail. Nous ne citerons aussi que pour mémoire les iodures de fer, de plomb, de manganèse, qui ont été préconisés contre la phtisie. Dans le traitement ioduré, tel que nous le comprenons, c'est l'iodure qui est presque tout; la base n'a qu'une importance très secondaire; il n'en est pas de même pour ces trois iodures qu'on ne peut, d'ailleurs, donner d'une façon continue qu'à doses assez faibles.

L'iodure de potassium fut essayé, dès son apparition, dans toutes les maladies; il n'est donc pas surprenant qu'il l'ait été dans la phtisie, qui est si commune, et où la thérapeutique est si impuissante. Les doses employées alors montraient la timidité des premiers essais.

Luedicke, par exemple [*Gaz. Hôp.*, 1843], ne dépassait pas 10 à 15 centigr. par jour. Abandonné, puis repris, il a eu des défenseurs célèbres : Fonssagrives entre autres. Trousseau, Hérard et Cornil en ont recommandé l'emploi dans les cas où la phtisie prend la forme dite scro-

fuleuse, à marche lente, apyrétique. D'une façon générale, les auteurs modernes : Potain, G. Sée, recommandent l'iodure dans les phtisies fibreuses qui s'accompagnent de dyspnée, et où l'expectoration est très pénible, mais n'en admettent guère l'emploi dans les autres cas. Même dans les premiers, il faut se méfier des hémoptysies que peut provoquer le médicament, ainsi que nous l'avons vu.

D'autres, au contraire, ont déclaré que l'iodure diminue fort opportunément la fièvre et conjure les poussées de congestion pulmonaire dans les formes chroniques. C'est aussi l'avis, déjà ancien, de Hildrick (1842), de Luedicke. M. Vesoux a publié, il y a quelques années, une thèse inaugurale, dont on peut tirer cette conclusion adoptée, d'ailleurs, par M. Lépine, que les succès de KI s'observent plutôt quand on l'administre contre la fièvre, dite de granulation, que contre la fièvre hectique.

Manquat [*Traité de thérapeutique*, t. II, p. 100] dit qu'en donnant à faible dose l'iodure de potassium, en même temps que la créosote et l'iodoforme, au début de la tuberculose pulmonaire, on peut espérer mieux imprégner de ces agents les surfaces lésées, soit par l'hyperémie des vaisseaux, soit par les sécrétions bronchiques exagérées.

A. Malet, de Rio de-Janeiro, redoutant l'action locale de KI et les symptômes d'iodisme qu'il détermine plus facilement, lui a substitué NaI, et surtout CaI, en solution aqueuse au moment des repas. Il recommande de continuer cette médication longtemps, en ayant soin de la suspendre tous les vingt jours, pour la reprendre au bout d'une semaine.

D'après Bouchardat, l'iodure de calcium mérite l'attention des cliniciens, il est moins stable que KI, et c'est pourquoi il a été peu employé jusqu'à présent. Il conviendrait de l'administrer à doses faibles de 0 gr., 10 à 0 gr., 30; il agit ainsi comme préparation iodée et comme préparation calcaire.

A propos d'un cas de sclerose totale unilatérale pleuro-pulmonaire due à la tuberculose, avec caverne au sommet, Gaillard demandait, à la Société médicale des hôpitaux, s'il valait mieux donner la créosote ou l'iodure dans ce cas, et Ferrand conseillait d'enrayer le processus fibreux par KI. Il nous semble que c'est là le processus de guérison, et que, loin de l'enrayer, on doit au contraire chercher à l'obtenir par tous les moyens.

Ce qu'il y a de certain, comme l'ont montré G. Sée et Sticker, c'est que l'iodure, dans certains cas, est capable de provoquer une fièvre

intense et une congestion très vive autour des foyers tuberculeux. On a comparé ses effets à ceux de la tuberculine de Koch, et Sticker a même proposé d'utiliser KI pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire douteuse.

Quelquefois, on a vu sous son influence des lésions chroniques prendre tout à coup une marche aiguë. Le docteur Vitvitzky, de Korkhow (*Revue méd.*, 13 octobre 1894), ayant administré de l'iodure d'ammonium à un malade qui n'avait que les sommets suspects, vit se développer une phtisie galopante mortelle.

En somme, les inconvénients très sérieux de l'iodure ne compensent pas les quelques avantages qu'on peut en retirer dans la tuberculose chronique. Depuis longtemps on a battu en brèche l'idée de Rabuteau que l'iodure serait « un médicament d'épargne qui, en modérant la désassimilation, diminuerait la fièvre et empêcherait le phtisique de se consumer aussi vite ». Au point de vue général, le traitement ioduré ne peut que nuire.

Syphilis pulmonaire.

On sait, depuis plusieurs années, que les manifestations pulmonaires et mêmes pleurales de la syphilis sont loin d'être rares. Quand on aura des doutes sur la nature d'une pneumopathie, il faudra toujours, surtout si l'on dépiste quelques stigmates de syphilis, instituer le traitement spécifique. Comme il importe d'aller très vite, il faudra arriver rapidement aux doses de 4 à 6 gr. et même plus, d'iodure de potassium. L'iodure de sodium paraît moins actif contre les manifestations syphilitiques, mais il devra cependant être essayé, si le premier est mal supporté. Presque tous les auteurs conseillent en outre de lui associer le mercure sous forme de frictions, pilules de proto-iodure, etc. Il voudra, en général, pour ne pas créer ou augmenter l'intolérance, le donner autrement que par voie stomacale. Certains médecins ont dit que, dans le cas de syphilis pulmonaire, c'était le mercure qui agissait surtout, et qu'à la rigueur on pouvait se passer de l'iodure de potassium. Sans refuser une efficacité plus grande à l'association des deux médicaments, nous avons cependant

vu guérir, par la seule action de KI, une femme atteinte de phtisie syphilitique et dont on verra plus loin l'observation. (Observation XV.) C'est surtout dans les cas douteux qu'il faudrait seulement se servir de l'iodure qui n'a pas les mêmes inconvénients que Hg et est utile contre tout processus chronique, à la condition, toutefois, qu'il ne soit point tuberculeux.

Pleurésie aiguë et chronique.

La première idée qui fit employer avec une apparence de logique l'iodure dans la pleurésie, était basée sur ce fait qu'on croyait exact, que (dans les inflammations des séreuses, tout médicament qui abaisse la pression sanguine sans ralentir le cours du sang, favorise la résorption des exsudats). En somme, en pleine période aiguë, l'iodure ne peut rien faire contre un épanchement abondant. Gubler et Boulland auraient constaté son action dans la pleurésie sèche. D'autres auteurs ont eu des succès en l'employant à faible dose, 0 gr., 50 à 1 gr. dans la période de résorption naturelle de l'exsudat. Etant donné ce fait que beaucoup de pleurésies sont tuberculeuses, nous ferons ici les mêmes

réserve que pour l'emploi de l'iodure dans la tuberculose pulmonaire.

Sans que nous voulions tirer de ces faits des conclusions, nous avons vu chez deux emphysémateux, atteints d'asystolie avec hydrothorax, l'épanchement devenir de séreux, sanguinolent, par l'emploi de KI à la dose de 1 gr. par jour.

Théoriquement, son emploi serait utile pour rompre ou mieux empêcher la formation d'adhérences dans le cas de pleurésie primitive; mais son action restera toujours inappréciable, car on n'a jamais cité d'observations précises où il ait rendu des services, sans qu'on puisse les attribuer aux révulsifs ou autres modes de traitement employés concurremment.

MODES D'ADMINISTRATION ET DOSES

Le mode d'administration de l'iodure n'a pas une grande importance en ce sens que, quel que soit le véhicule employé pour le faire absorber, à quelque moment de la journée qu'on le prenne, on a toujours à craindre les phénomènes d'iodisme. On prescrit d'une façon courante :

KI ou Na I, 40 gr.
Eau distillée, 150 gr.

Chaque cuillerée à soupe contient 1 gr. du médicament et peut être prise soit dans du lait, soit dans la bière, soit dans un autre liquide.

Chez les personnes difficiles, on peut employer une autre formule :

KI (ou NaI), 40 gr.
Sp d'écorces d'oranges, 210 gr.

Chaque cueillerée à soupe contient également 1 gr.

On recommande de prendre l'iodure au moment des repas pour éviter l'intolérance stomac-

cale. Cela est surtout important quand on prescrit le médicament en cachets.

Il est toujours utile de débiter par de très petites doses; le premier jour, une demi-cuillerée; le deuxième jour, une cuillerée; on évite ainsi que le malade, en présence des phénomènes d'iodisme produits, refuse de continuer le traitement ioduré. Briquet a, en effet, démontré par des statistiques et de nombreuses observations que « au début du traitement ioduré, plus la dose donnée d'un iodure est forte, plus le sujet est exposé à l'iodisme, et plus il est à craindre que cet iodisme ne soit intense ».

Les doses actives dans les affections qui nous occupent varient entre 2 et 4 gr. 2 gr. suffisent habituellement; on a même vu une dose de 1 gr. par jour produire d'excellents résultats, mais en cas d'insuccès, il faut de suite augmenter. Le succès réside souvent dans la continuité de la médication, mais comme il est utile qu'il y ait des intervalles de repos, on fera prendre l'iodure dans la plupart des cas chroniques : trois semaines par mois, 2 gr. par jour. Nous avons vu que dans l'asthme, il avait suffi d'une interruption de quatre jours pour ramener les accès, mais il s'agit là, il faut bien le dire, d'un cas tout à fait exceptionnel, et le plus souvent, la méthode ci-dessus suffira.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PERSONNELLE).

Ozène.

Louise T... 17 ans, dévideuse, est atteinte d'ozène depuis 5 ans, mais paraît n'avoir jamais suivi de traitement sérieux ou du moins suffisamment prolongé.

En janvier dernier, nous instituâmes chez elle un traitement local (injections détersives antiseptiques, attouchements iodés) qui parut l'améliorer. Comme l'odeur fétide restait cependant en partie, dans le but de voir si l'iodure seul était susceptible d'amener une amélioration, nous la mîmes au traitement ioduré, cessant toute autre méthode thérapeutique.

La première semaine, elle prit de 0 gr., 50 à 2 gr. par jour; la deuxième semaine, 3 gr.; la troisième et quatrième, 4 gr. L'iodure de potassium fut parfaitement toléré et l'écoulement nasal, assez considérable les deux premiers jours, cessa par la suite. Quant à la fétidité nasale, loin de s'améliorer, elle redevint rapidement ce qu'elle était avant le traitement local.

Nous reprîmes alors ce dernier qui, sans amener une guérison complète, déterminait cependant une sérieuse amélioration.

OBSERVATION II (PERSONNELLE).

Coryza chronique syphilitique avec ozène.

Marie G..., âgée de 24 ans, couturière. Nous la voyions le 24 mars 1896, pour une affection nasale datant de plusieurs mois déjà, et qui ne fait que s'aggraver. Elle se plaint d'un enchifrènement continu. L'intérieur des fosses nasales est toujours encombré, dit-elle, de croûtes épaisses, ne se détachant que difficilement, et provoquant souvent de petites hémorragies. Il s'écoule un liquide sanieux. La respiration est difficile, la malade dort la bouche ouverte. Enfin, et c'est surtout pour cela qu'elle nous appelle, depuis quelque temps, elle a de l'ozène qui s'accuse de plus en plus.

Pensant à la spécificité des accidents, nous l'interrogeons à ce point de vue, et nous apprenons, qu'elle a eu, il y a trois ans, de la céphalée pendant quelques mois, qu'elle a perdu ses cheveux, et que, dans la suite, elle a éprouvé quelques maux de gorge. Ces accidents, du reste, n'ont jamais été assez intenses pour l'amener à consulter un médecin.

Le coryza actuel s'est établi petit à petit, le début remonte à deux mois. Tout d'abord, il ne présentait pas la fétidité qui l'accompagne maintenant. Celle-ci ne date que de trois semaines.

Laissant de côté pour le moment le mercure, nous prescrivons 4 gr. d'iodure de sodium pour le premier jour, en recommandant de doubler la dose le lendemain, si le médicament est bien supporté. Comme il n'y a aucun symptôme d'iodisme, le troisième et le quatrième jour, nous donnons 4 gr. de Na I. On observe un peu de céphalalgie, le mucus nasal se fluidifie, et devient assez abondant. La malade respire plus librement. Pour le

28 mars et les jours suivants, nous donnons 5 gr. Il survient un peu d'acné. L'écoulement nasal s'accroît, la respiration est maintenant facile, l'ozène commence à diminuer.

Le 10 avril, nous remplaçons Na I par KI 5 gr. L'écoulement qui était devenu beaucoup moins intense, reparait plus abondant qu'auparavant; il survient une nouvelle poussée d'acné, et une salivation abondante. Nous descendons à 3 gr. dose qui est bien supportée.

Le 23 avril, nous voyons pour la dernière fois la malade. L'écoulement nasal et l'ozène ont complètement disparu. Nous l'engageons à aller voir son médecin habituel, et à suivre pendant quelque temps un traitement spécifique.

OBSERVATION III (PERSONNELLE).

Coqueluche.

Pierre C..., trois ans et demi, est atteint de coqueluche depuis un mois. Nous le voyons pour la première fois le 7 avril; depuis quatre semaines l'enfant a été soumis à tous les traitements habituels de cette affection. L'antipyrine, le bromure, la belladone avaient été essayés sans succès. Comme état local, nous constatons la présence de quelques râles disséminés dans les deux poumons. Il n'y a pas de fièvre, mais l'oppression est assez marquée, la toux est sèche. Le nombre des quintes de toux est de trente environ par vingt-quatre heures. Les vomissements sont rares, l'appétit relativement bien conservé, l'état général satisfaisant.

Nous essayons l'iodure dès le 8 avril. Le premier jour nous en donnons au malade 0 gr.,20 en une fois dans un peu de lait; le deuxième jour, 0 gr.,30 : coryza léger, éter-

nuements fréquents; le troisième jour, 0 gr.,40 en deux fois; le lendemain, 0 gr.,50, et le surlendemain, 1 gr., dose que nous n'avons pas dépassée à cause d'une conjonctivité iodique qui avait fait suite au coryza.

Nous continuâmes l'iodure à la dose de 1 gr. par jour pendant dix jours. Le nombre des quintes était noté chaque jour. Oscillant entre 25 et 30, ce nombre ne paraissait pas être influencé le moins du monde par le traitement ioduré. Ni l'intensité des quintes, ni leur durée ne furent modifiées non plus, et les crachats visqueux qui terminaient la quinte ne changèrent pas de nature.

Quant à l'état général, nous croyons qu'au lieu de gagner au traitement ioduré, il était au contraire moins bon qu'au début. L'enfant était plus pâle et paraissait nettement affaibli. Du côté des urines, il n'y eut ni avant ni pendant le traitement aucune trace d'albumine. La conjonctivité iodique s'atténua sans traitement dès la cessation du médicament et la guérison spontanée ne demanda pas plus de quatre jours.

OBSERVATION IV.

(Due à notre ami M. le Dr Briquet.)

Bronchite aiguë. — Accès d'oppression

B..., cinquante-cinq ans, cocher à Lille, est athéromateux, alcoolique, mais n'a rien au cœur. Au moment de la première épidémie d'influenza, il a eu une complication pulmonaire, probablement une bronchite, qui l'a forcé à interrompre son travail pendant trois semaines; il n'en serait resté aucune trace, ni toux, ni oppression.

Le 15 mars 1896, à la suite d'un refroidissement, il est pris de toux et de céphalalgie qui le forcent à s'aliter. Nous le voyons le 17; il a tous les signes d'une bronchite

aiguë commune, râles sibilants dans les deux poudons du haut en bas ; aux bases, râles sous-crépitaots ; la toux est sèche, l'oppression vive. Nous faisons une application de ventouses et prescrivons une potion à l'acétate d'ammoniaque, Kermès et sirop diacode. La bronchite suit sa marche normale.

Dès le 20, la fièvre tombe, la respiration devient plus facile, la toux est plus grasse, l'expectoration apparaît muco-purulente ou spumeuse, suivant les moments de la journée. Dans les jours qui suivent, l'amélioration se produit graduellement ; le malade se plaint seulement d'avoir de temps à autre, la nuit, des « étouffements » qui paraissent survenir sous forme de crises d'asphyxie très pénibles.

Le 30 mars. La résolution ne se fait pas ; les crachats sont faciles, la toux diminuée, l'appétit revient, la fièvre est nulle, mais dans la poitrine il y a toujours de nombreux râles, et les crises d'oppression, tout en diminuant de nombre, ne diminuent pas d'intensité ; elles se produisent aussi bien le jour que la nuit.

Le 5 avril. Le malade reste épuisé par les crises d'oppression qui durent quelquefois une heure et même deux.

Dans la nuit du 6 au 7, vers onze heures du soir, je suis même appelé : l'oppression est si vive, qu'on craint que le malade ne succombe. On croirait assister à un véritable accès d'asthme ; mais à un examen plus attentif, on constate que la dyspnée du malade n'a pas exactement les caractères qu'elle revêt dans ces accès ; il y a ici 40 respirations par minute. Rien ne le soulage au moment des accès, ni l'éther, ni la morphine (qui a été employée en sirop et même en piqûres), ni le papier nitré qui paraît au contraire exagérer l'oppression.

Le 7, le malade prends 0 gr.,50 d'iodure de potassium. Un peu de coriza ; léger mal de tête.

Le 8, KI 1 gr. Bien supporté. Crachats plus faciles. Oppression persiste.

Le 9, KI 2 gr. Oppression moindre.

Le 10, KI 3 gr. Plus d'oppression.

L'iodure de potassium est continué jusqu'à la fin du mois. Il n'y eut plus un seul accès sérieux à partir du 10. Les signes locaux s'amendèrent rapidement, sauf quelques râles aux bases qui persistèrent assez longtemps.

La guérison s'est maintenue; le malade reste seulement un peu court d'haleine; il paraît s'être produit un peu d'emphysème.

Le 15 mai, il a pu reprendre son travail, qu'il n'a plus cessé depuis.

OBSERVATION VI (PERSONNELLE).

Bronchite chronique et emphysème.

Léopold Darr..., commis voyageur, âgé de cinquante-six ans, est atteint, depuis dix ans, de bronchite chronique, affection qui aurait pour point de départ une bronchite aiguë contractée à l'époque de la guerre de 1870. Tous les matins, depuis lors, il tousse et crache, mais il n'a dû cependant interrompre son travail que trois ou quatre fois pendant une quinzaine de jours et une fois pendant deux mois, pour des poussées aiguës accompagnées d'oppression et qui le forçaient à s'aliter. Depuis quelques années, il est d'ailleurs oppressé d'une façon continuelle, au moindre effort un peu violent (marche rapide, montée d'un escalier, etc.).

Au moment où nous le voyons (23 octobre 1895), la forme du thorax indique un emphysème concomitant considérable. Il est bombé, globuleux et la percussion dénote une sonorité exagérée qui existe même au niveau du

cœur et rend impossible l'examen de cet organe. Le murmure vésiculaire est très diminué. A l'auscultation, la poitrine est remplie de gros râles ronflants, muqueux et sibilants. L'expectoration est peu abondante, surtout spumeuse; l'oppression est vive et continuelle; le sommeil est presque impossible la nuit.

A l'exception d'une pilule d'extrait thébaïque pour la nuit, nous n'administrons au malade aucun autre médicament que l'iodure de potassium.

Le premier jour, 0 gr.,50; aucun phénomène d'iodisme.

Le 19 mars, 1 gr. de KI. Pas d'amélioration, toux exagérée.

Le 20 et les jours suivants, 2 gr. de KI. Au dire du malade, les crachats sont expectorés plus facilement et en plus grande abondance. Ils sont moins spumeux, plutôt muco-purulents. L'oppression diminue. Dès le 25, par l'emploi de l'iodure seul, le malade se considère comme guéri : il n'a jamais été aussi bien remis.

Nous conseillons au malade de continuer l'iodure à 2 gr. par jour pendant 20 jours chaque mois. Au bout de deux mois nous le revoyons, il est enchanté de son traitement et se sent beaucoup plus valide qu'autrefois; il monte avec moins de peine les escaliers, soulève les objets pesants avec plus de facilité, etc.

Dans les périodes où il cesse l'iodure, il se sent beaucoup plus oppressé. Au point de vue des crachats et de la toux, il a toujours, comme autrefois, sa petite séance d'expectoration, mais dans le courant de la journée et la nuit, il se trouve mieux qu'il n'a jamais été.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE).

Bronchite chronique et emphysème.

Laure G..., quarante-six ans. Tendance à l'obésité; bronchite chronique et emphysème d'origine inconnue.

Depuis longtemps déjà elle est oppressée, elle a des quintes de toux fort pénibles, durant quelquefois, surtout le matin, une demi-heure. Elle a essayé à peu près tous les médicaments sans en trouver un seul qui l'ait soulagée et se considère comme incurable. Elle dit avoir essayé en 1890, sur le conseil d'un médecin, l'iodure de potassium, mais n'avoir absolument pas voulu continuer ce médicament, tant elle éprouvait, sous son influence, de céphalalgie, de suffocations (?)... etc. Nous n'avons de renseignements sur la dose qui fut administrée à cette époque. Nous conseillons fermement à la malade de tenter un nouvel essai, en employant l'*iodure de sodium*.

Le 29 mars, la malade prend 25 centigr. d'iodure de sodium dans un demi-litre de lait, réparti dans le courant des 24 heures. La malade ne ressent aucun effet désagréable de l'iodure.

Le 30, 0,50 gr. de Na I dans les mêmes conditions : coryza léger, supportable; céphalée peu intense.

Du 31 mars au 5 avril, l'iodure de sodium est continué à la même dose, et la tolérance s'établit complète. Signalons cependant quelques boutons d'acné au front et au dos.

Du 5 au 10 avril, Na I, à la dose de 1 gr., est bien toléré.

A partir du 11 avril, 2 gr. de Na I par jour. Alors un coryza léger reparait; mais les jours suivants, la tolérance s'établit. C'est seulement à partir de cette dose que l'effet de l'iodure se manifeste. L'oppression diminue

sérieusement, en effet, et la malade se trouve beaucoup mieux; elle vaque beaucoup plus aisément à ses occupations et peut même faire des promenades relativement assez longues, ce qu'elle n'avait pas été capable de faire depuis longtemps.

Comme l'expectoration est encore très pénible le matin, nous remplaçons l'iodure de sodium par l'iodure de potassium (2 gr.). De nouveau, coryza léger comme autrefois lorsqu'on augmentait la dose de l'iodure de sodium; mais la tolérance s'établit rapidement, et la malade est d'avis que les crachats sont rendus plus faciles depuis qu'elle prend de l'iodure de potassium; mais que, dans la journée, elle a la respiration moins libre qu'avec le Na I.

De plus, elle a tous les jours, avec KI, un peu de céphalalgie qu'elle ne ressentait pas avec l'iodure de sodium.

Nous conseillons un mélange, à parties égales, des deux iodures, de chaque 1 gr. par jour, avec repos de dix jours par mois; mais la malade se sent tellement bien quand elle est sous l'influence de l'iodure, qu'elle préfère ne prendre que 5 jours de repos.

J'ai revu la malade il y a quelques jours; elle continue toujours les iodures; elle a un peu maigri, ce qui tend encore à la rendre plus alerte, et se dit (c'est son expression même) « rajeunie de dix ans au moins ».

OBSERVATION VII.

Due à notre ami, M. Fourmeaux, interne des hôpitaux de Lille.)

**Bronchite chronique, Emphysème,
cause de troubles cardiaques.**

Louis M., 47 ans, corroyeur, entré à l'hôpital le 21 mars 1893, dans le service de M. le professeur Desplats. C'est un ancien bronchitique; il tousse, dit-il, depuis l'âge de 12 ans. Il est, au moment où nous le voyons, anhélant dyspnéique, a la face cyanosée, le pouls rapide, phénomènes que l'on rencontre dans l'asystolie. Au premier abord, l'on peut penser qu'il s'agit d'un cardiaque.

Le thorax est un véritable tonneau, la matité précordiale n'existe plus.

L'auscultation permet de constater de la sibilance généralisée aux deux poumons avec râles muqueux assez nombreux surtout à la base gauche, perceptibles très facilement à la palpation.

Le diagnostic de bronchite chronique et d'emphysème s'impose. On donne des inhalations d'oxygène, un purgatif à l'eau-de-vie allemande, on fait mettre des cataplasmes chauds, KI 0 gr., 25, puis le second jour 0 gr., 50. Le troisième jour, les phénomènes se sont considérablement amendés, le malade a rempli deux crachoirs. On continue KI 1 gr. par jour; le cinquième jour, la cyanose a complètement disparu, les râles ont beaucoup diminué, le malade peut prendre le décubitus horizontal. Pendant 15 jours, il continue KI 1 gr., par jour. Quand il sort de l'hôpital, toutes traces de bronchite ont disparu, et il ne lui reste plus que l'emphysème. On lui conseille de continuer chez lui la même médication.

Nous le voyons dix-huit mois après, en 1894, pour une pneumonie. Il va très bien depuis sa sortie, il est apte

au travail, et n'a plus de ces crises de dyspnée qui duraient quelquefois huit jours et le rendaient impotent pour longtemps. Il prend toujours fidèlement son iodure, et c'est pendant l'emploi du médicament qu'il a attrapé sa pneumonie. La défervescence de celle-ci a lieu au neuvième jour, mais il est resté à la base gauche, lieu du processus pneumonique, une zone où la respiration est plus rude, zone que l'on constate encore au moment de sa sortie, malgré la reprise de KI depuis quinze jours. Depuis le malade n'a plus donné de ses nouvelles.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE).

**Bronchite et emphysème
chez une cardiaque, avec crise d'asistolie.**

Léocadie W..., 34 ans, couturière, a reçu à deux fois différentes, depuis quinze mois, les soins de son médecin pour les mêmes accidents, peu à peu ses jambes enflent, ses urines diminuent, sa respiration devient difficile, ses palpitations réapparaissent.

En janvier 1893, voyant une nouvelle crise qui se prépare, elle se décide à entrer à l'hôpital dans le service de M. le professeur Desplats.

Comme antécédents héréditaires, rien d'important à signaler. Comme antécédents personnels, elle a eu la coqueluche à trois ans et un rhumatisme à douze ans. Elle fut réglée très tard, à dix-huit ans, et commença à avoir, en ce moment, des palpitations. Elle fut obligée, à peu près vers cette époque, de cesser de travailler en filature. Elle eut une première crise d'asystolie à vingt-trois ans, une autre à vingt-neuf et deux autres l'an dernier, comme nous l'avons dit.

Elle est maintenant (11 janvier 1893) en pleine asystolie.

L'insuffisance mitrale qu'on reconnut quelques jours après est impossible à diagnostiquer actuellement. Le pouls est petit, incomptable, la dyspnée intense. Il y a un œdème des jambes considérable, un hydrothorax gauche.

On lui institue le traitement usité en pareil cas. On ponctionne la plèvre (digitaline, régime lacté, repos). Après quinze jours, tous ces phénomènes étaient disparus.

En l'auscultant alors, on peut constater de la sibilance pulmonaire. En outre, le murmure vésiculaire peu net, la sonorité du thorax à la percussion permettent de porter le diagnostic d'emphysème.

Pensant que le point de départ des crises d'asystolie était dans le poumon, et voulant agir par lui sur le cœur, on prescrit KI à la dose de 0 gr., 50, puis de 1 gr. et de 1 gr., 50 pendant le reste de son séjour à l'hôpital. On lui conseille de continuer d'en prendre chez elle à la même dose, vingt jours par mois. Nous avons eu l'occasion de la voir plusieurs fois depuis. La dyspnée d'effort à laquelle elle était sujette habituellement auparavant a beaucoup diminué, elle a rarement des palpitations, peut se livrer à quelque travail, et depuis dix-huit mois n'a pas eu des crises d'asystolie.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de notre ami, M. le Dr Briquet.)

Asthme.

Henri (débardeur, 35 ans) ne peut rien nous apprendre sur ses antécédents héréditaires. Il a commencé à tousser il y a plus de dix ans, a eu, à peu près à la même époque, des accès d'asthme qui revenaient rarement (tous les quinze jours ou tous les mois). Depuis, cela n'a

fait que s'aggraver. Il a maintenant de l'oppression continue, il tousse fréquemment, les accès d'asthme sont moins longs et moins typiques, mais il en a un ou deux par semaine. Son métier lui est devenu très pénible.

Nous le voyons, pour la première fois, le 15 octobre 1894, à l'occasion d'une légère poussée de bronchite aiguë. Nous lui donnons KI à la dose de 1 gr. par jour, pendant dix jours. Il n'y a pas de trace d'iodisme. Les quelques traces de bronchite ont disparu, mais l'oppression persiste, et le malade a encore eu des crises. On porte tout d'un coup la dose à 4 gr. par jour. Les crachats sont plus faciles; on ne remarque pas d'éternuments ni de céphalalgie. Cette dose est continuée pendant trois jours; puis le malade devant quitter pour un certain temps la localité cesse de prendre le médicament.

Nous le revoyons, le 3 mars 1895, à l'occasion d'une nouvelle poussée aiguë. Nous donnons Na I à la dose de 5 gr. par jour, pendant trois jours. Les crachats sont beaucoup plus faciles, l'oppression diminue, mais le malade a de la céphalalgie, de la douleur à la base du nez, de l'extinction de voix. On descend à 2 gr. La tolérance est complète. Cette dose est continuée pendant quinze jours. Les accès n'ont plus reparu, l'oppression est très diminuée, les crachats sont faciles. Repos pendant quatre jours. Puis on fait prendre KI à la dose de 2 gr. également. La tolérance est complète. Le malade n'a plus eu d'accès d'asthme depuis 15 mois qu'il prend l'iodure vingt-cinq jours par mois. Il est moins bien portant les cinq jours où il cesse le médicament. La face reste toujours violacée, congestionnée pendant l'usage de l'iodure. De temps à autre, on fait prendre Na I pendant un mois à la dose de 2 gr. également. Le malade ne s'aperçoit pas du changement.

On a donné ici les iodures à dose élevée d'emblée, afin d'étudier spécialement les phénomènes d'iodisme.

Un cas a peu près pareil à celui-ci chez un homme de cinquante-cinq ans, KI à la dose de 2 gr. par jour, fut également bien supporté. Les accès s'espacèrent, mais ne furent pas entièrement supprimés.

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de notre ami, M. le Dr A. Coulmont.)

Asthme

X., agriculteur, âgé de cinquante-six ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel atteint d'eczéma. Père et mère âgés de quatre-vingt-un et quatre-vingts ans, encore vivants et bien portants et n'ayant eu aucune affection à signaler.

Antécédents personnels. — Un peu d'eczéma à l'âge de vingt ans.

A la suite de la guerre 1870-71, après avoir fait la campagne avec l'armée du Nord, et avoir beaucoup souffert de la fatigue, du froid et de la faim, il rentra dans ses foyers, atteint d'un embarras gastrique très intense, auquel succéda la première attaque d'asthme.

Les accès revêtaient le type de l'asthme nerveux, si bien décrits par Trousseaux. Il se couchait le soir bien portant et se réveillait presque toujours à la même heure, vers minuit. Il était obligé de se mettre à une fenêtre, même en plein hiver, et y passait le reste de la nuit à respirer péniblement. Les accès se terminaient souvent vers le milieu de la nuit suivante, durant environ vingt-quatre heures. A la fin, il n'y avait nullement d'expectoration.

Ils devinrent peu à peu plus nombreux et, vers 1884-85, le malade avait quelquefois des attaques d'asthme, qui duraient deux et trois jours. Il avait à cette époque son

attaque presque toutes les semaines, surtout en hiver, à cause du froid, et en toute saison pour peu qu'il fût exposé à la poussière. Inutile de dire qu'une foule de médicaments (arsenic, datura, cigarettes diverses, pyridine qui ne pouvait être supportée et excitait plutôt l'accès, etc., etc.), avaient été essayés, mais tous sans succès.

Cet état dura toujours, s'aggravant plutôt, jusqu'en 1889, époque à laquelle il fut mis à l'iodure à la dose de 1 gr. par jour. Presque instantanément, sous l'influence de cette médication, les accidents cessèrent. Depuis, s'il a encore de temps en temps un léger accès (bien moins fort qu'auparavant), c'est qu'il néglige quelquefois de faire usage d'iodure pendant 10 à 12 jours. Il en prend habituellement 25 jours par mois.

Actuellement, et depuis un an seulement, il est sujet, de temps à autre, à des poussées de bronchite légère avec expectoration. Sans cela, il n'avait jamais craché auparavant à la suite des accès et avait seulement un peu d'emphysème, conséquence très probable de ses attaques d'asthme si répétées.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de notre ami, M. le docteur V. Dehaine.)

Asthme.

C. H., 53 ans, s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 29 ans. A cette époque, il fut pris brusquement de violents accès d'oppression à la suite d'un bain froid pris l'été, alors qu'il était en sueur. Ces accès, très inquiétants au début, se répétèrent d'abord à intervalles très rapprochés, aussi bien le jour que la nuit, pendant les quinze premiers jours de la maladie. Ils s'espa-

ensuite et, six mois plus tard, ne se présentèrent plus guère qu'à la nuit. Pendant plusieurs années, l'état du malade resta stationnaire. Entre minuit et deux heures du matin, il était pris brusquement d'une sensation de constriction thoracique, de gêne excessive de la respiration, qui le forçait à s'asseoir sur son lit. L'accès d'asthme durait environ une heure, rarement plus de deux heures. Pas d'expectoration, sauf parfois quelques crachats blancs, spumeux, qui annonçaient la fin de la crise. Peu ou pas de toux au moment des accès. Pendant la journée, de la dyspnée d'effort de temps en temps.

Huit ans après, les crises commencèrent à devenir un peu plus fréquentes et changèrent un peu d'allures. La toux et l'expectoration très rares au début s'accrochèrent de plus en plus, et à la gêne respiratoire vinrent s'ajouter des quintes de toux très violentes qui duraient souvent plusieurs heures. Le malade baigné de sueur était obligé de se tenir devant une fenêtre, la poitrine découverte. L'accès ne se terminait qu'à lorsqu'il parvenait à expectorer avec beaucoup de peine des crachats épais et jaunâtres. « Pouvoir cracher » était, comme il le disait, son unique souci; une fois ce résultat obtenu, la crise cessait presque aussitôt. A l'élément purement nerveux du début, était venu se joindre un élément catarrhal qui semblait même dominer la scène. Son thorax commença à s'amplifier et le malade en fit parfaitement la remarque. L'asthmatique du début était devenu un emphysémateux et un bronchitique; d'où la production de crises bâtardees où chacune de ces maladies, du reste tributaires les unes des autres, pouvaient revendiquer leur part. De temps en temps, cependant, à côté de ces crises nocturnes « humides », des crises « sèches » se montraient encore pendant la journée. Il prend successivement, sur le conseil de son médecin, de la créosote, des balsami-

ques, de l'arsenic dont il ne retira aucun profit. Le kermès cependant eut un peu plus de succès. Il fut continué pendant l'espace de deux ans à intermittences plus ou moins éloignées, puis définitivement abandonné comme les autres. Finalement, C. H. se borna à respirer au moment des crises quelques bouffées d'une cigarette de datura et de belladone et à se prémunir le plus possible contre le froid et l'humidité.

Les temps froids et humides lui étaient en effet particulièrement nuisibles. L'hiver, le malade devint bientôt un véritable impotent, et les crises terribles et répétées à cette époque de l'année le réduisirent à garder presque constamment la chambre. Chaque sortie lui coûtait, comme il le disait, près de huit jours de souffrances et d'oppression. Le médecin appelé au moment de ces poussées aiguës, après avoir tout essayé sans grand résultat, se bornait le plus souvent à faire appliquer un sinapisme, des ventouses ou un vésicatoire sur la partie la plus atteinte.

En 1893, le malade en était arrivé progressivement à ne plus pouvoir se coucher la nuit qu'il passait toute entière assis dans un fauteuil, les jambes étendues sur une chaise placée devant lui. Le mal s'aggravait de plus en plus, l'expectoration devenait de plus en plus abondante et difficile ; les crises, de plus en plus pénibles, se répétaient plusieurs fois la nuit et même le jour. Bref, le malade, ne goûtant presque plus de repos, s'était vu forcé de se retirer des affaires. C'est dans ces conditions qu'on lui conseille l'iodure de potassium. Tout heureux de trouver un médicament dont il n'avait pas encore usé, il profita du conseil et en prit d'abord 3 gr. pendant huit jours, en février 1893. L'amélioration ne se fit pas attendre. Au bout de quelques jours, il n'eut plus qu'une seule crise d'une demi-heure environ chaque nuit, bien moins pénible que toutes celles qu'il avait eues jusqu'à

ce jour. L'expectoration, la chose capitale pour lui, devint beaucoup plus facile. Les crachats, si épais auparavant, devinrent plus liquides, la respiration plus libre. Le malade, considérablement soulagé, pouvait sortir de chez lui et se promener. Mais tout en éprouvant les bienfaits de l'iodure, il en eut en même temps les inconvénients : la céphalée d'abord, puis le coryza et enfin les éruptions cutanées. Quoique la dose ne fût pas excessive, on la réduisit, et il continua à en prendre 1 gr. 50 seulement dans les quinze jours suivants. Enfin, un mois après le début du traitement, le malade était transformé. Il n'a plus qu'une seule crise la nuit, se bornant à quelques quintes de toux, suivies d'une expectoration facile et abondante et très peu de dyspnée d'effort pendant la journée.

Depuis cette époque, il prit 1 gr. 50 d'iodure de potassium, en moyenne, une semaine sur deux, et l'amélioration des premiers temps ne fit que s'accroître. Actuellement, le malade peut vaquer à ces occupations. Il lui arrive assez souvent de passer la nuit entière sans crise. Il peut dormir dans un lit, chose qui lui était impossible depuis deux ans, au début du traitement. C'est surtout au moment des poussées de bronchite que l'iodure est efficace. Nous avons vu combien le froid et l'humidité aggravent son état rapidement. La série de crises qui devait fatalement suivre, s'annonçait chez lui par de la gêne respiratoire et une sensation de malaise général qu'il connaissait fort bien. Sous l'influence du médicament, l'oppression diminue rapidement, les crachats deviennent abondants et sont facilement expulsés, et au bout de deux jours en général, tout rentre dans l'ordre.

Notons en terminant que C. H., maintenant que son amélioration lui permet de voyager, ne se met jamais en route sans avoir sur lui un paquet d'iodure.

OBSERVATION XII.

(Due à notre ami M. Druon, interne des hôpitaux de Lille.)

Syphilis pulmonaire.

Louise D., 38 ans, a eu la syphilis, il y a six ans. Est entrée à l'hôpital, il y a dix-huit mois dans le service de M. le professeur Derville. Elle toussait et crachait beaucoup depuis un mois environ. L'appétit était bien conservé. L'état général était bon. En l'examinant, on lui trouve tous les signes d'une excavation assez considérable au sommet gauche. Il n'y a rien à l'autre sommet ni dans le reste des poumons. Doutant beaucoup de la nature tuberculeuse des accidents, on pratique, à plusieurs reprises, l'examen des crachats sans y trouver le bacille de Koch. Une éruption de syphilides sur le nez, fait de plus en plus penser à un cas de syphilis pulmonaire. On la soumet à un traitement ioduré à la dose de 3 et 4 gr. (KI) par jour. Elle sort au bout de deux mois, complètement guérie, avec un souffle d'induration de cicatrice.

Depuis six semaines, elle a recommencé à tousser et à cracher. Diverses raisons l'empêchent de venir plus tôt à l'hôpital. Elle se décide enfin à y entrer de nouveau le 14 janvier 1896, dans le service de M. le professeur Derville. Son état général est moins bon que lors de son premier séjour. Elle est pâle, fatiguée. Elle tousse beaucoup.

En l'auscultant, on trouve que la respiration est non seulement soufflante au sommet gauche, comme lors de sa sortie, mais dans les deux tiers supérieurs du même poumon. On entend des râles nombreux, et même du gargouillement. Le poumon droit est toujours complète-

ment indemme. Une tuberculose commune est peut-être venue se greffer sur l'ancienne lésion syphilitique. On examine de nouveau les crachats, et on ne trouve pas de bacilles. On recommence le traitement ioduré. Des signes d'intolérance le font suspendre trois fois. Enfin, après 4 mois et demi de traitement, la malade sort en mai de l'hôpital, complètement guérie. La respiration est rude du côté gauche, mais il n'y a plus de toux, plus de crachats, et la santé générale est redevenue excellente.

CONCLUSION

1° Le traitement ioduré est susceptible d'un emploi fréquent dans la plupart des maladies des voies respiratoires.

2° A la période de déclin des affections aiguës, l'iodure peut rendre des services comme agent de résolution, qu'il s'agisse de rhume prolongé, grippe ou bronchite.

3° Dans certaines bronchites chroniques, compliquées ou non d'emphysème, l'iodure est très souvent utile, tant pour faciliter l'expectoration que pour diminuer la dyspnée. C'est surtout dans les bronchites sèches que se manifeste cette double action.

4° L'iodure triomphe très fréquemment dans l'asthme, à condition qu'après avoir étudié la susceptibilité du malade à l'égard de ce médicament, on arrive rapidement aux doses utiles, et qu'on le prolonge presque indéfiniment.

5° L'emploi de l'iodure dans la pneumonie franche, tel que le prescrit Schwartz, n'est pas rationnel, et ne donne d'ailleurs nullement les résultats promis.

6° La médication iodurée a bien peu sa raison d'être dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les quelques avantages qu'on peut en retirer ne compensent pas les dangers qu'elle fait courir. Dans la phtisie syphilitique, au contraire, surtout associé au mercure, l'iodure fait merveille.

7° D'une façon générale, les iodures de potassium et de sodium se valent; le premier paraissant meilleur expectorant, le second plus actif contre la dyspnée. L'iodure de strontium leur est inférieur.

Vu : LE DOYEN :

BROUARDEL.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

